

Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um Serviço de Controle da Dor Orofacial

Epidemiological profile of patients treated in an Orofacial Pain Service

Alana Moura Xavier DANTAS^{a*}, Elis Janaina Lira dos SANTOS^a, Raíssa Marçal VILELA^a,
Luciana Barbosa Sousa de LUCENA^a

^aUFPB - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil

Resumo

Introdução: A Disfunção Temporomandibular (DTM) se manifesta clinicamente como diversos problemas envolvendo a musculatura mastigatória, as articulações temporomandibulares e/ou suas estruturas associadas. Atualmente, essas disfunções apresentam elevada prevalência na população e afetam a qualidade de vida de seus portadores. **Objetivo:** Descrever as principais características e os sinais e sintomas de pacientes atendidos em um serviço especializado de Dor Orofacial. **Material e método:** A pesquisa foi realizada no Ambulatório do Serviço de Controle da Dor Orofacial do Hospital Universitário de uma universidade federal, contendo uma amostra de 236 fichas de pacientes atendidos no período entre 2005 e 2011. Realizou-se a coleta de dados contidos na ficha clínica específica do serviço, elaborada pelos próprios pesquisadores com base no RDC/TMD e no Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca. A ficha clínica foi elaborada de acordo com a realidade deste ambulatório e dos seus pacientes, para facilitar o diagnóstico destas desordens. Em seguida, foi procedida a análise descritiva dos dados. **Resultado:** Entre os pacientes atendidos, houve predomínio do gênero feminino, faixa etária entre 41 a 60 anos, grau de escolaridade Ensino Médio completo, vínculo empregatício e encaminhamento por cirurgiões-dentistas. A presença de dor diária com intensidade 5 e dor do tipo pulsátil, e o cansaço muscular foram as características mais prevalentes. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que as mulheres procuram mais o serviço especializado e que os pacientes com DTM normalmente possuem elevados níveis de tensão e dor, sendo necessário um tratamento multidisciplinar.

Descritores: Epidemiologia; dor facial; articulação temporomandibular; músculos mastigatórios.

Abstract

Introduction: The Temporomandibular Disorders (TMD) are manifested clinically as many problems involving the masticatory muscles, temporomandibular joints, and / or associated structures. Currently, these disorders have a high prevalence in the population and affect the quality of life of their bearers. **Objective:** Describe the main features, signs and symptoms of patients treated at a specialized service of Orofacial Pain. **Material and method:** The study was conducted in a Service of Orofacial Pain located at a University Hospital the sample consisted of 236 patients' records treated between 2005-2011. Data was collected in specific clinical record, developed by the researchers and based on the RDC/TMD and also Fonseca's Simplified Index. The clinical record was constructed in accordance to the clinic's reality and its patients, to facilitate the diagnosis. Then was performed a descriptive data analysis. **Result:** Among the patients treated most patients were female; aged 41-60 years; high school education level; with employment and most part was referred by dentists. The most prevalent characteristics were daily pain with intensity level 5, throbbing pain and muscle fatigue. **Conclusion:** According to the results, it can be concluded that, women seek more specialized service and that patients with TMD usually have high levels of stress and pain, both with intensity level 8, requiring a multidisciplinary approach.

Descriptors: Epidemiology; orofacial pain; temporomandibular joint; masticatory muscles.

INTRODUÇÃO

Os objetivos da Epidemiologia são proporcionar uma base científica para a análise de fatores etiológicos, prevenir e controlar doenças, e fornecer informações sobre a avaliação das necessidades e a demanda para o tratamento de uma doença¹.

Uma condição bastante desconfortável para qualquer indivíduo é conviver com processos dolorosos. A dor prejudica a função física e mental, e resulta em tratamentos onerosos, perda de tempo, redução da produtividade e da qualidade de vida^{2,3}. O estresse psicológico

é implicado como um fator no aparecimento e na progressão de várias condições crônicas em que a dor é o principal sintoma⁴.

No contexto da dor orofacial, a Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo que abrange vários problemas clínicos, que envolvem a musculatura mastigatória, as articulações temporomandibulares (ATM) e/ou estruturas associadas⁵. Os sintomas mais comuns da DTM incluem mialgias, dor de cabeça, desconforto ou disfunção articular, otalgia, zumbidos, tonturas ou dores no pescoço⁶⁻⁹. Ruídos articulares são prevalentes e os portadores podem apresentar estalidos, crepitação ao abrir ou fechar a boca⁶. No diagnóstico da DTM, podem ser diagnosticadas alterações dentárias, como desgaste dos dentes e sobremordida profunda⁷.

Além disso, a DTM aparece como uma das maiores causas de condições musculoesqueléticas resultantes de dor e disfunção, perdendo apenas para dor lombar crônica¹⁰. Estudos relatam que os níveis elevados de estresse psicológico, depressão ou ansiedade são fatores de risco para a DTM^{11,12}. Os portadores de DTM, especialmente aqueles com uma condição de dor crônica, também se queixam frequentemente de distúrbios do sono. Assim, a avaliação e a melhoria da qualidade do sono podem ser uma consideração importante para o tratamento¹³.

Desde o início dos anos 1970, um grande número de investigações epidemiológicas foi realizado no campo da DTM¹⁴. Embora a epidemiologia da DTM tenha sido amplamente estudada, as taxas de prevalência reportadas variam, refletindo diferenças importantes em amostras, critérios e métodos utilizados para o recolhimento de informações¹⁵. Outros estudos demonstram que os pacientes que procuram tratamento para os sintomas associados à DTM representam uma pequena proporção (aproximadamente, 2%) da população geral. Mais mulheres do que homens parecem procurar tratamento para sintomas de DTM e encontram-se predominantemente com idade entre 18 e 45 anos^{15,16}.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil e os sinais e sintomas de pacientes atendidos no serviço especializado de Dor Orofacial da rede pública, em uma amostra da população urbana.

MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa foi realizada no Ambulatório do Serviço de Controle da Dor Orofacial do Hospital Universitário *Lauro Wanderley* da Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa-PB, com uma amostra de 236 fichas de pacientes atendidos no período de 2005 a 2011.

A realização do estudo foi conduzida de acordo com a Resolução n.º 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário *Lauro Wanderley* da Universidade Federal da Paraíba.

Neste estudo, foi utilizada uma abordagem indutiva, com procedimento estatístico e técnica de pesquisa por documentação indireta, através da análise de prontuários.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizada, pelos próprios pesquisadores, a coleta de dados, através da ficha clínica específica do serviço. Esta teve como base o RDC/TMD e o Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca et al.¹⁷, adaptados para

a realidade do ambulatório. Os dados coletados foram referentes a características gerais dos indivíduos (gênero, idade, estado civil, profissão, grau de instrução e indicação para o serviço); presença e grau de severidade da DTM, em leve, moderada ou severa; presença e grau de tensão pela escala visual analógica (de 0 a 10); queixa principal; intensidade, frequência e tipo da dor ou disfunção.

A análise dos resultados foi realizada de forma descritiva (quantitativa) através do programa SPSS para Windows versão 17.0 e os resultados obtidos foram expostos por meio de tabelas.

RESULTADO

A distribuição quanto ao perfil epidemiológico dos pesquisados pode ser observada na Tabela 1, existindo predominância do gênero feminino, com porcentagem de 80%. A faixa etária de 41 a 60 anos foi a mais acometida pela DTM, com cerca de 38%, seguida da faixa etária de 21 a 40 anos, com 37%. Quanto ao estado civil, houve predominância dos solteiros, com 45%, seguidos de 41% de casados. Quanto à profissão, 44% tinham vínculo empregatício. A maior parte possuía nível de instrução Médio completo (22%), mas havia também com nível Superior completo (11%) e analfabeto (1%). A origem do encaminhamento dos pacientes, em sua maioria, foi de cirurgões-dentistas (49,2%), mas também houve encaminhamento de médicos (13%), outros profissionais e acadêmicos de Odontologia (6%).

A Tabela 2 apresenta informações relacionadas à presença de tensão emocional e à nota dada pelos pacientes para a intensidade da tensão. Em média, 84% dos pacientes relataram presença de tensão. Destes, 19% deram nota 5 à intensidade da tensão, 14% deram nota 8 e 11%, nota 10. O questionário, baseado no Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca et al.¹⁷, revelou que 33% não tinham DTM, enquanto 64% apresentavam DTM.

A Tabela 3 apresenta os motivos pelos quais houve a procura pelo serviço da especialidade em DTM e dor orofacial, tendo prevalência a dor como queixa principal (44%), isolada de outros sintomas. Dentre estes, outros sintomas foram relatados, como: problemas auditivos e sons articulares; dificuldade de falar; travamento da mandíbula, e problemas de estética. Em uma escala visual analógica de 0 (nenhuma dor) a 10 (a maior dor já sentida), 16,9% atribuíram nota oito à queixa de dor. Em relação à frequência da dor, 48% relataram que esta aparecia diariamente.

Na Tabela 4, são demonstradas as características da dor mais relatadas pelos pesquisados no Serviço de Dor Orofacial. Essas características foram: pulsátil (24%), cansaço muscular (20%) e agulhada/pontada (12%). É importante ressaltar que, por se tratar de um serviço público com elevada demanda para um tempo curto de atendimento, nem todos os itens conseguem ser preenchidos, em sua totalidade, para todas as fichas.

DISCUSSÃO

O número de portadores de DTM nos últimos anos tem aumentado, afetando negativamente a qualidade de vida desses indivíduos; por isso, a necessidade de esclarecer quais as características e os fatores mais predominantes nesta condição, além de alguns

estudos sugerirem que pesquisas relacionadas a gênero, idade e aspectos sociais, culturais e psicológicos contribuem para um melhor entendimento do problema¹⁸.

Os dados do presente estudo revelaram que as mulheres foram mais acometidas por DTM que os homens, corroborando com a

literatura científica atual^{19,20}. A ligação entre o gênero feminino e a DTM pode ser justificada pelas condições fisiológicas inerentes às mulheres, como a maior lassidão ligamentar e as condições hormonais, que as tornam mais sensíveis em momentos de tensão física e psíquica, além de dificultar a estabilidade da ATM²¹.

Tabela 1. Número e porcentagem dos pesquisados com relação a gênero, faixa etária, estado civil, profissão, instrução escolar e indicação dos pacientes atendidos no Serviço de Dor Orofacial

		Número de Pacientes	Porcentagem
Gênero	Feminino	188	80%
	Masculino	48	20%
Faixa Etária	Menor que 14	4	2%
	15 a 20	21	9%
	21 a 40	88	37%
	41 a 60	90	38%
	Maiores de 60	30	13%
	Não informado*	3	1%
Estado civil	Solteiro	105	45%
	Casado	96	41%
	Divorciado	15	6%
	Não informado*	12	5%
Profissão	Com vínculo empregatício	103	44%
	Dona de casa	34	14%
	Aposentado	16	7%
	Estudante	50	21%
	Desempregado	2	1%
Instrução	Autônomo	6	2%
	Não informado*	25	11%
	Analfabeto	3	1%
	Fundamental incompleto	38	16%
	Fundamental completo	15	6%
Indicação	Médio incompleto	19	8%
	Médio completo	51	22%
	Superior incompleto	18	8%
	Superior completo	25	11%
	Curso Técnico	3	1%
	Não informado*	64	27%
	Cirurgião-Dentista	116	49%
Indicação	Fonoaudiólogo	2	1%
	Médico	30	13%
	Outros	27	11%
	Acadêmico de Odontologia	13	6%
	Não informado*	48	20%

*Não informado: o dado não constava na ficha por não preenchimento ou por paciente não saber informar.

Tabela 2. Número e porcentagem de pacientes com DTM, tensão emocional e sua Intensidade

		Número de Pacientes	Porcentagem
Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca et al. (1994)	Não DTM	78	33%
	DTM	151	64%
	Não informado*	7	3%
Tensão emocional	Sim	197	84%
	Não	31	13%
	Não informado*	8	3%
Intensidade da Tensão emocional	0	31	13%
	1	1	1%
	2	3	1%
	3	7	3%
	4	7	3%
	5	45	19%
	6	17	7%
	7	24	10%
	8	32	14%
	9	15	6%
	10	25	11%
		Não informado*	29

*Não informado: o dado não constava na ficha por não preenchimento ou por paciente não saber informar.

Tabela 3. Número e porcentagem dos pesquisados referentes a queixa principal, intensidade e frequência da dor

		Número de Pacientes	Porcentagem
Queixa principal	Dor	105	44%
	Dor e outros sintomas	99	42%
	Sem dor, mas com outros sintomas	28	12%
	Não informado*	4	2%
Intensidade da dor (nota)	Sem dor	24	10,2%
	1	1	0,4%
	2	5	2,1%
	3	4	1,7%
	4	9	3,8%
	5	26	11%
	6	18	7,6%
	7	32	13,6%
	8	40	16,9%
	9	15	6,4%
	10	37	15,7%
	Não informado*	25	10,6%
Frequência da dor	Nenhuma	18	8%
	Diária	114	48%
	3 a 4 x na semana	31	13%
	1 a 2 x na semana	22	9%
	2 x no mês	10	4%
	1 x ao mês	12	5%
	Não informado*	29	12%

*Não informado: o dado não constava na ficha por não preenchimento ou por paciente não saber informar.

Tabela 4. Número e porcentagem das características da dor relatadas pelos pesquisados

	Número de Pacientes	Porcentagem	
Característica da Dor	Nenhuma	21	9%
	Choque	15	6%
	Pulsátil	57	24%
	Queimação	20	9%
	Adormecimento	10	4%
	Cansaço muscular	48	20%
	Agulhada/pontada	29	12%
	Outra	6	3%
	Não informado*	30	13%

*Não informado: o dado não constava na ficha por não preenchimento ou por paciente não saber informar.

Justifica-se também esse elevado número devido à busca maior do gênero feminino pelos serviços de saúde²². Pacientes de faixa etária adulta e com vínculo empregatício também apresentaram maior prevalência de DTM, sugerindo uma associação entre DTM e o exercício de profissões que exigem um maior esforço físico, com demanda muscular²³.

A literatura é consensual quando considera o estresse como um evento sistêmico que pode influenciar a função mastigatória, relacionando que níveis aumentados de estresse, vivenciados pelo paciente, podem elevar a tonicidade muscular da cabeça e do pescoço, e aumentar o grau de atividade muscular parafuncional, através de bruxismo e apertamento dentário²⁴. Martins et al.²⁵, aplicando o questionário de Fonseca et al.¹⁷, obtiveram como resultado que a maioria dos indivíduos com DTM apresentava experiência tensional emocional e bruxismo. O estudo de Medeiros et al.²⁶ também apresentou indivíduos portadores de DTM com alto grau de tensão emocional. Informações semelhantes foram apresentadas nesta pesquisa, com 83% considerados tensos moderados. Este índice elevado pode justificar o relevante número de pacientes acometidos pela disfunção, uma vez que os indivíduos têm sido constante e incisivamente expostos a estímulos causadores de desordens com cunho emocional.

A avaliação do impacto da DTM na qualidade de vida dessas pessoas necessita de notável atenção, em consequência do comprometimento físico e mental geralmente presente. Alguns pacientes com DTM têm características clínicas comuns com portadores de outros tipos de doenças crônicas, como níveis elevados de frequência e intensidade de dor, distúrbios comportamentais e psicológicos²⁷. De fato, a dor é considerada o sintoma mais frequente nas DTM e esse achado foi confirmado no presente estudo. Os resultados demonstraram que a dor esteve associada a estalidos, travamentos, zumbido, entre outros. O mesmo foi enfatizado no estudo de Figueiredo et al.²⁸, em que eles encontraram como sinais e sintomas mais prevalentes: dor articular, seguida de mialgia; dificuldade de abertura bucal; otalgia; deslocamento da ATM; dor durante a mastigação, e ruído na ATM. Devido à praticidade clínica através

de imagem, a mensuração da intensidade da queixa algica através de escala visual de dor é o método que tem sido mais utilizado²⁹. Broch et al.³⁰ mensuraram esse parâmetro pelo questionário de Fonseca et al.¹⁷ e encontraram um predomínio de grau elevado para severo em seus pacientes. Porém, quando avaliaram a dor pela escala visual analógica, prevaleceu o grau moderado, dado semelhante ao encontrado neste estudo, no qual os indivíduos com DTM relatam intensidade moderada de dor.

Os portadores de DTM, em geral, apresentam características comuns de dor mecânica, com um padrão de dor temporal, descrita como dor ritmada, periódica ou intermitente, o que sugere a percepção de intervalos entre os eventos dolorosos³¹. De forma adicional, o atual estudo demonstrou uma prevalência da dor do tipo pulsátil, seguida da dor com características de cansaço muscular e aguda (agulhada/ pontada). A frequência diária da sintomatologia também foi constatada.

Esses achados reafirmam a necessidade de estudos adicionais que possam contribuir para uma melhor compreensão do processo de desenvolvimento e progressão da doença, para que, desta forma, ocasionem o surgimento de alternativas para amenizar a sintomatologia, através de um plano de tratamento adequado e efetivo, o que contribuiria de maneira decisiva na qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos e considerando-se as limitações do presente estudo, pode-se concluir que o gênero feminino prevalece em relação à busca de serviço especializado em dor orofacial e os pacientes atendidos no serviço apresentaram DTM e presença de tensão emocional elevada. Desta forma, sugere-se a realização de estudos adicionais, especialmente com amostras mais robustas, com o propósito de averiguar o perfil dos pacientes e as relações de causalidade entre DTM e fatores emocionais, visto a extrema importância clínica destes conhecimentos para compor um plano de tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain*. 2000;14(4):310-9. PMID:11203765.
2. Campbell LC, Clauw DJ, Keefe FJ. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biol Psychiatry*. 2003 Ago;54(3):399-409. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00545-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00545-6). PMID:12893114.
3. Plesh O, Adams SH, Gansky SA. Racial/Ethnic and gender prevalences in reported common pains in a national sample. *J Orofac Pain*. 2011;25(1):25-31. PMID:21359234.
4. Sanders AE, Slade GD. Gender modifies effect of perceived stress on orofacial pain symptoms: National Survey of Adult Oral Health. *J Orofac Pain*. 2011;25(4):317-26. PMID:22247927.
5. Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E, et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *J Am Dent Assoc*. 1990 Mar;120(3):273-81. <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.1990.0043>. PMID:2312947.
6. Glaros AG. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2008 Set;33(3):161-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s10484-008-9059-9>. PMID:18726689.
7. Cooper BC, Kleinberg I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. *Cranio*. 2007 Abr;25(2):114-26. PMID:17508632.
8. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW Jr. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain*. 2011 Mar-Abr;27(3):268-74. <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e31820215f5>. PMID:21178593.
9. Dougall AL, Jimenez CA, Haggard RA, Stowell AW, Riggs RR, Gatchel RJ. Biopsychosocial factors associated with the subcategories of acute temporomandibular joint disorders. *J Orofac Pain*. 2012;26(1):7-16. PMID:22292135.
10. National Institute of Dental and Craniofacial Research – NIDCR. Facial pain. Bethesda: National Institutes of Health; 2008.
11. McMillan AS, Wong MC, Zheng J, Luo Y, Lam CL. Widespread pain symptoms and psychological distress in southern Chinese with orofacial pain. *J Oral Rehabil*. 2010 Jan;37(1):2-10. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.2009.02023.x>. PMID:19919620.
12. Slade GD, Diatchenko L, Bhalang K, Sigurdsson A, Fillingim RB, Belfer I, et al. Influence of psychological factors on risk of temporomandibular disorders. *J Dent Res*. 2007 Nov;86(11):1120-5. <http://dx.doi.org/10.1177/154405910708601119>. PMID:17959908.
13. Yatani H, Studts J, Cordova M, Carlson CR, Okeson JP. Comparison of sleep quality and clinical and psychologic characteristics in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2002;16(3):221-8. PMID:12221738.
14. Helkimo M. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system. In: Zarb GA, Carlsson GE, editors. *Temporomandibular joint. function and dysfunction*. Copenhagen: Munksgaard; 1979. p. 175-92.
15. Carlsson G, LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders. In: Sessle BJ, Bryant PS, Dionne RA, editors. *Temporomandibular disorders and related pain conditions*. Seattle: IASP; 1995. p. 211-26.
16. Okeson JP, editor. *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Chicago: Quintessence; 1996.
17. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO - Rev Gaucha Odontol*. 1994 Jan-Fev;4(1):23-8.
18. Rieder CE, Martinoff JT, Wilcox SA. The prevalence of mandibular dysfunction. Part I: sex and age distribution of related signs and symptoms. *J Prosthet Dent*. 1983 Jul;50(1):81-8. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3913\(83\)90171-3](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3913(83)90171-3). PMID:6576162.
19. Uemoto L, Macedo MEG, Alfaya TA, Souza FN, Barcelos R, Gouvêa CVD. Impact of supportive therapy for otological changes in patients with temporomandibular joint disorders. *Rev. dor*. 2012 Set;13(3):208-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000300003>.
20. Fragoso YD, Alves HH, Garcia SO, Finkelsztejn A. Prevalence of parafunctional habits and temporomandibular dysfunction symptoms in patients attending a tertiary headache clinic. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010 Jun;68(3):377-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000300009>. PMID:20602039.
21. Lam DK, Lawrence HP, Tenenbaum HC. Aural symptoms in temporomandibular disorder patients attending a craniofacial pain unit. *J Orofac Pain*. 2001;15(2):146-57. PMID:11443826.
22. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 Jun;11(5-6):365-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>.
23. Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nembr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev CEFAC*. 2010 Out;12(5):788-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000085>.
24. Okeson JP, editor. *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Chicago: Quintessence; 1996.
25. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundfeld MML. The relation between socio-economic class and demographic factors in the occurrence of temporomandibular joint dysfunction. *Cien Saude Colet*. 2008 Dez;13(Supl 2):2089-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900013>. PMID:19039392.
26. Medeiros SP, Batista AUD, Forte FDS. Prevalence of temporomandibular dysfunction symptoms and oral parafunctional habits in university students. *RGO - Rev Gaucha Odontol*. 2011 Abr-Jun;59(2):201-8.
27. Turner JA, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL. The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*. 2001 Maio;92(1-2):41-51. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00469-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00469-3). PMID:11323125.

28. Figueiredo VMG, Cavalcanti AL, Farias ABL, Nascimento SR. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2009;31(2):159-63. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v31i2.5920>.
29. Huber A, Suman AL, Rendo CA, Biasi G, Marcolongo R, Carli G. Dimensions of “unidimensional” ratings of pain and emotions in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain*. 2007 Ago;130(3):216-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.11.014>. PMID:17240067.
30. Broch J, Zanetti F, Filter VP, Silva TB. Assessment with pain scales before and after three and six months of occlusal splint use. *RFO UPE*. 2012 Set-Dez;17(3):309-13.
31. Pedroni CR, Oliveira AS, Bérzin F. Pain characteristics of temporomandibular disorder: a pilot study in patients with cervical spine dysfunction. *J Appl Oral Sci*. 2006 Out;14(5):388-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572006000500016>. PMID:19089063.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

*AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Alana Moura Xavier Dantas, Rua Noberto de Castro Nogueira, 169, Jardim Oceania, Residencial Maria Clara, apt. 202, 58037-603 João Pessoa - PB, Brasil, e-mail: alana.mxd@hotmail.com

Recebido: Maio 21, 2014

Aprovado: Maio 16, 2015